



Centro Studi e Applicazione della Psicologia Relazionale
Scuola di Specializzazione riconosciuta dal M.U.R.S.T.
(D.M. 29/09/94 - G.U. 246 del 20/10/94 - D.M. 25/05/01 - G.U. 160 del 12/07/01)

SCHEDA DI RICHIESTA FORMAZIONE
CORSO DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA
FAMILIARE E RELAZIONALE

Cognome e nome: _____

Residenza: via/piazza _____

Città: _____ C.A.P.: _____

Domicilio: via/piazza _____

Città: _____ C.A.P.: _____

E-mail: _____

Tel.: _____ Cellulare: _____

Luogo e data di nascita: _____

Codice Fiscale: _____

Partita I.V.A.: _____

Titolo di Studio: _____

Iscrizione all'Ordine: _____

Attuale occupazione:

Esperienze lavorative precedenti:

Indicare altre esperienze formative concluse e in corso:

Indicare da chi Le è stato segnalato il C.S.A.P.R.:

Data: _____

Firma: _____

Ai sensi della legge 196/03, il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali ivi riportati.